



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA

RECLAMO NO: _____

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

DIRECCIÓN DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

NO. DE TEL. DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

Yo, _____ [Empleado lesionado/paciente o beneficiario/representante de empleado lesionado/paciente fallecido ya mencionado] autorizo por medio de la presente a los siguientes proveedores médicos:

Table with 2 columns: Nombre del proveedor médico, Dirección. Rows 1-5.

a que divulgue y utilice la información médica como se indica a continuación en relación con el cuidado médico para mí, a:

STATE COMPENSATION INSURANCE FUND

y sus representantes autorizados, incluyendo pero sin limitarse a, abogados, ajustadores de reclamos, investigadores y médicos de consulta.

Propósito: Comprendo que la información médica que será entregada conforme a esta autorización médica puede ser utilizada o divulgada por State Compensation Insurance Fund sólo de forma relacionada con cualquier reclamo hecho de mi parte o en mi nombre por beneficios de compensación a los trabajadores en los cuales State Compensation Insurance Fund es la aseguradora de compensación a los trabajadores o de cualquier otra forma específicamente autorizada por la ley.

Duración: Esta autorización médica será válida desde la fecha de la firma y seguirá vigente por la duración del reclamo, en cuyo momento la autorización expirará sin ningún aviso posterior ni condición. [Código de seguros de California §791.06(g)(2)(B)]



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA

RECLAMO NO: _____

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

Revocación: Esta autorización médica puede ser revocada por escrito en cualquier momento antes de la divulgación de información por parte del proveedor de cuidado de la salud. La revocación por escrito no afectará ninguna acción tomada con base en esta autorización antes de que la revocación por escrito haya sido recibida. Toda revocación debe ser enviada a State Compensation Insurance Fund, con atención para: _____, _____ (escribir dirección aquí)

Esta autorización médica o su revocación no afectan a divulgaciones que son requeridas o permitidas por la ley sin autorización, ya que conciernen a las leyes relativas a la compensación a los trabajadores y otros programas similares, establecidas por ley, que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

Especificar expedientes que serán utilizados o divulgados:

Por favor ponga sus iniciales y marque la casilla para el tipo de información que será utilizada o divulgada a State Compensation Insurance Fund

[] (1) A menos que se especifique de otra forma en el parágrafo (2) siguiente, toda la Información Médica referente al Paciente (mencionado en este formulario) será utilizada o divulgada, excepto los informes y expedientes de tratamiento de salud mental y psiquiátricos, información de drogas/alcohol, y resultados de pruebas de VIH. Esta información médica será incluida, pero no se limitará a la información médica general, información y tratamiento de lesiones, informes médicos de exámenes médicos (tanto para pacientes internos como para pacientes externos), informes pre-operación o de operación incluyendo resumen de alta, láminas de radiografías e formes de interpretación, pruebas y resultados de laboratorio y patología.

___ Iniciales aquí

[] (2) Especificar tipo de información y expedientes que serán divulgados:

___ Iniciales aquí



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA

RECLAMO NO: _____

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

Divulgación de terceros: La información divulgada conforme a esta autorización pudiera ser divulgada nuevamente por el receptor según lo permite la ley.

No proporcionar la autorización. Observe que, excepto cuando se excluye por ley y según conciernan a las leyes y exclusiones de compensación a los trabajadores, el tratamiento o la elegibilidad para los beneficios de compensación a los trabajadores no será condicionado por su aceptación o rechazo de esta autorización.

Autorizo por medio de la presente al uso y divulgación de mi información médica como se establece en esta Autorización Médica a State Compensation Insurance Fund y cualquiera de sus representantes autorizados, incluyendo, pero sin limitarse a abogados, ajustadores de reclamos, investigadores y médicos de consulta.

Firma del Paciente/Empleado
Lesionado o Beneficiario/
Representante de Paciente Fallecido

Fecha

Escriba con letra de molde el nombre y
el parentesco de la parte que firma si no
es el paciente/Empleado Lesionado

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y por medio de la presente reconozco que recibí una copia fiel de esta autorización médica.

Una copia duplicada, copia fotostática o una réplica de esta **autorización** médica auténtica serán tan válidas como el original.

Firma del Paciente/Empleado
Lesionado o Beneficiario/
Representante de Paciente Fallecido

Fecha

Escriba con letra de molde el nombre y
el parentesco de la parte que firma si no
es el paciente/Empleado Lesionado



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN
DE TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA

RECLAMO NO: _____

NOMBRE DE PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO: _____

Información referente a la exclusión de HIPAA de la compensación a los trabajadores

State Compensation Insurance Fund reconoce los requerimientos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) que los proveedores médicos deben seguir para proteger la privacidad de los pacientes. La compensación a los trabajadores está excluida de forma específica de los reglamentos de HIPAA. Debido a que el gobierno federal excluyó la compensación a los trabajadores de la HIPAA, nosotros no prevemos un cambio en la forma de obtener la información médica de los proveedores médicos.

Conforme al Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 164.512, Sección (1), un proveedor médico puede divulgar información protegida de la salud a State Fund según lo autorice hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación a los trabajadores de California. La ley dice lo siguiente:

"1) **Estándar: divulgaciones para compensación a los trabajadores.** Una entidad cubierta puede divulgar información protegida según lo autorice y hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes relativas a la compensación a los trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin tener en cuenta la culpa."

Además, la Ley de Servicios de Salud Pública, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Parte C, Sección 300gg-91(c)(1) "Definiciones", establece que la compensación a los trabajadores está listada como un beneficio exceptuado, y por lo tanto exento de HIPAA.